



Sedación-analgésia en reanimación de adultos

G. Chanques, S. Jaber, B. Jung, J.-F. Payen

Las prácticas de la sedación en reanimación han evolucionado desde hace varios años hacia una racionalización de su administración más próxima a las necesidades del paciente. De este modo, el dolor se evalúa y se trata con independencia del nivel de vigilancia: la sedación se ha convertido en «sedación-analgésia» (SA). Por otra parte, los trabajos realizados en la última década han demostrado que la disminución de la duración de la SA y de la profundidad de la sedación tiene muchas ventajas. Varios conceptos de administración permiten evitar una SA excesiva y sus complicaciones. Estos conceptos son complementarios y no opuestos. Para evitar las infradosificaciones y sobredosis farmacológicas, la SA debería administrarse siguiendo un algoritmo dirigido por el equipo de enfermería y cuyos objetivos estén dirigidos a la sedación y el dolor, prescritos por el médico según unas herramientas clínicas validadas (escala de sedación, escala conductual de dolor). La SA profunda sólo debería reservarse a algunos pacientes (dificultad respiratoria, hipertensión intracraneal). En caso de asincronía paciente/ventilador, el refuerzo de la SA sólo debería emplearse después de haber optimizado los ajustes ventilatorios, dando prioridad al concepto de adaptación del ventilador al paciente y no a la inversa. La indicación de SA continua debería evaluarse a diario y su administración debería interrumpirse ante la mínima duda. En este mismo sentido, algunos autores han mostrado incluso que la SA continua probablemente no debería introducirse en todos los pacientes de reanimación. El tratamiento puntual y dirigido de los trastornos neurológicos y psicológicos, así como del dolor, podría constituir una alternativa a la SA continua en un gran número de pacientes. Por último, hay nuevas estrategias, como la sedación basada en la analgesia o en nuevos fármacos como la dexmedetomidina o los gases halogenados, que pueden añadirse al conjunto de estos conceptos complementarios.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Sedación; Analgesia; Dolor; Protocolo de sedación; Reanimación; Coma

Plan

■ Introducción	1	■ Fármacos de la sedación-analgésia	8
■ Definición y objetivos de la sedación-analgésia	2	Hipnóticos	8
■ Herramientas de evaluación de la sedación-analgésia	3	Analgésicos	8
Evaluación de la vigilancia (sedación)	3	■ Conclusión	10
Evaluación del dolor (analgesia)	3		
■ Interacción entre sedación-analgésia y ventilación mecánica	4		
■ Protocolos actuales de sedación-analgésia	5		
Elaboración de los protocolos de sedación	5		
Prueba de interrupción diaria de la sedación	5		
Límites y dificultades de aplicación de las estrategias de administración de la sedación en reanimación	6		
Disminución del objetivo de sedación hasta un estado perfectamente vigil y alternativas a la sedación-analgésia continua	7		

■ Introducción

La parte esencial de los cuidados que se proporcionan a un paciente de reanimación se dirige a suplir la o las insuficiencias viscerales que han motivado su ingreso y/o su mantenimiento en reanimación. Los tratamientos aplicados (ventilación mecánica con intubación endotraqueal, inmovilización estricta en cama, colocación y mantenimiento de sondas y catéteres, etc.) provocan molestias y dolor, que requieren a menudo la sedación (*sedare*: calmar) de los pacientes. Esta sedación incluye técnicas

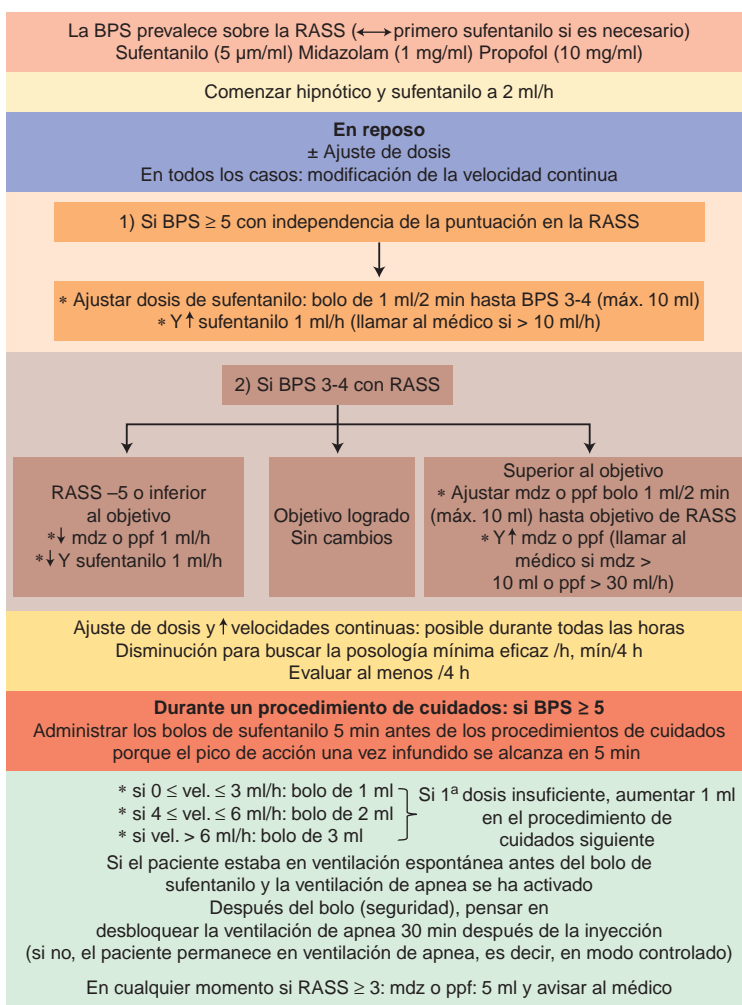


Figura 1. Protocolo de sedación-analgésia de doble entrada (escala de vigilancia/escala de dolor), basado en la analgesia como prioridad. El sufentanilo (5 µg/ml) se puede sustituir por el fentanilo (50 µg/ml). BPS: Behavioral Pain Scale; RASS: Richmond Agitation Sedation Scale; mdz: midazolam; ppf: propofol; vel.: velocidad. Reproducida con autorización de la dirección de comunicación del CHRU de Montpellier^[34].

diversas que van de los «tratamientos no farmacológicos» a la ansiólisis y/o a la analgesia puntual, así como el uso de fármacos y de técnicas parecidas a la anestesia general (sedación-analgésia [SA] continua) en los pacientes intubados-ventilados. Sin embargo, la sedación debe considerarse un arma terapéutica de doble filo que conlleva muchos efectos secundarios, como la hipotensión arterial por vasoplejía y la supresión del barorreflejo fisiológico, la depresión respiratoria y la inmovilización en cama que provocan el reposo y la atrofia de los músculos respiratorios y locomotores o incluso las disfunciones cognitivas (delirio o confusión mental, alucinaciones y pesadillas). La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) y la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) llevan más de 10 años defendiendo el interés de un manejo más racionalizado de la sedación^[1]. La conferencia de consenso común SFAR-SRLF de 2007 sobre la sedación-analgésia en reanimación^[1] definió claramente dos componentes para caracterizar la sedación: la hipnosis (vigilancia) y la analgesia (dolor).

A partir de esta definición, se recomienda utilizar el término de «sedación-analgésia» y ya no solo el de sedación. El componente «analgesia» ha asumido un papel creciente, porque se ha demostrado que un tratamiento mejor del dolor se asociaba a un mejor pronóstico en reanimación^[2,3]. Por otra parte, esta conferencia de consenso^[1] insistió en administrar la SA únicamente en la cantidad y duración suficientes para limitar los efectos secundarios. Se emplean tres principios: unos niveles de sedación (vigilancia) cada vez más bajos, algoritmos (Fig. 1) de modificación de las dosis basados en la evaluación más objetiva posible de las necesidades (nivel de

vigilancia, intensidad del dolor) y, por último, la búsqueda diaria de los criterios de interrupción de la SA continua y su prueba de interrupción. Estos principios complementarios se han desarrollado a lo largo de la última década y han demostrado un impacto positivo sobre la morbilidad (duración de la ventilación mecánica, duración de la estancia en reanimación y en el hospital, complicaciones nosocomiales, coste sanitario)^[4-9] e incluso sobre la mortalidad a los 6 meses en un estudio^[10].

Los objetivos de este artículo son:

- recordar la definición y los objetivos de la SA en adultos;
- describir las herramientas que permiten su evaluación;
- determinar su interacción con la ventilación mecánica;
- presentar protocolos de administración modernos y su impacto sobre el pronóstico, y
- describir las características de los principales fármacos de la SA cuya elección sólo tiene lugar (según las recomendaciones actuales^[1]) después de haber considerado de forma razonada las indicaciones propiamente dichas de la sedación-analgésia y de haberse asegurado de su administración racionalizada y protocolizada en el seno del equipo.

■ Definición y objetivos de la sedación-analgésia

La sedación en reanimación es un término genérico que engloba el conjunto de los métodos, farmacológicos o no, aplicados para garantizar la comodidad y la seguridad del paciente en un medio que es origen de agresiones físicas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756641>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756641>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)